

成人発熱外来 問診票

R 年 月 日(:) 受診番号 _____ (記入者氏名:)

患者氏名: _____ 携帯番号 ()

生年月日: T・S・H・R 年 月 日 ID: _____

・本日の体温 _____ °C ・SPO2 _____ % コロナワクチン接種: 未・() 回目済み

・アレルギー有 () 無 ・妊娠の可能性 有 ・ 無

■ 本日はどうされましたか?

いつから	どのように
------	-------

■ 症状があった方は具体的にあった症状について の印を に記入して下さい

37.5°C以上の発熱 咳 痰の増加 血痰 鼻づまり・鼻水

味覚の障害 臭いの障害 のどの痛み 頭痛 胸の痛み 下痢

さむけ 筋肉・関節の痛み 倦怠感(だるさ) 息切れ・呼吸困難感

■ 現在かかりつけの病気や過去の手術歴などありましたら記入ください

例) 18歳又は2013年	盲腸(虫垂炎)	手術 治療中・終診	岩見沢市立病院
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	

診察時お薬手帳を見せてください

■ 2週間以内に周囲にかぜ症状や新型コロナウイルス感染症疑いの人がいた はい いいえ
はいと応えた方は具体的に詳細に () 内に記入下さい

()

■ 2週間以内に5人程度以上集まる集会やイベントに参加した はい いいえ
はいと応えた方は具体的に詳細に () 内に記入下さい

()

看護師記載欄